

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1960

THÈSE

N° 448

POUR

LE DIPLOME D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Yahya SOUBAÏ

Né en 1931, à Alep (Syrie)

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 1960

A PROPOS
D'UNE OBSERVATION DE LIPOME
SOUS-MUQUEUX CÆCAL

Président : M. MOULONGUET, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1960

7

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1960

THÈSE

N°

POUR

LE DIPLOME D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Yahya SOUBAÏ

Né en 1931, à Alep (Syrie)

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 1960

A PROPOS
D'UNE OBSERVATION DE LIPOME
SOUS-MUQUEUX CÆCAL

Président : M. MOULONGUET, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (<i>chaire à titre personnel</i>)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SOULIÉ (P.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)



Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
Baudelocque	N...
Port-Royal	VARANGOT (J.)
Tarnier	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	ALBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	MICHAUX (L.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	LELONG (M.)
Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUUME (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	FEY (B.)
Clinique urologique (Cochin)	DJOURNO (A.)
Electrophysiologie médicale (<i>chaire à titre personnel</i>)	GIROUD (A.)
Embryologie	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	VERNE (J.)
Histologie	DEPARIS (M.)
Hygiène des collectivités (<i>chaire à titre personnel</i>)	TURPIN (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	JOANNON (P.)
Hygiène et médecine préventive	DESOILLE (H.)
Médecine du Travail	PIÉDELIEVRE (R.)
Médecine légale	GALLIARD (H.)
Parasitologie	COUVELAIRE (R.)
Pathologie chirurgicale	LAVIER (G.)
Pathologie exotique	LENÈGRE (J.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>chaire à titre personnel</i>)	N...
Pathologie médicale	GARCIN (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	CHEYMOL (J.)
Pharmacologie et matière médicale	BINET (L.)
Physiologie	BARGETON (D.)
Physiologie (<i>chaire à titre personnel</i>)	DOGNON (A.)
Physique médicale	DESGREZ (H.)
Radiologie médicale	PATEL (J.)
Technique chirurgicale	BROUET (G.)
Thérapeutique	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSET (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Bactériologie	NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i> BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
		Biochimie médicale	DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i> SCHAPIRA (G.) <i>m. conf.</i>

MM.

Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>
Carcinologie . . .	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie . .	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie . . .	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie . . .	Tuchmann-Duplessis (H.)
Hématologie . . .	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie . . .	{ COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie . . .	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DERObERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail . . .	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie .	DAVID (M.)
Neurologie . . .	LHERMITTE (F.)
Obstétrique . . .	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie . . .	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . . .	{ BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i> CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale . . .	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) <i>agr. per</i> LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)

MM.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LEPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie- Puériculture . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . .	{ LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i> BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie . . .	{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>
Pneumo- Phtisiologie . .	KREIS (B.)
Psychiatrie . . .	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . .	DELBARRE (F.)
Stomatologie . .	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique . .	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)	Clinique neuro- rhumatologique	DE SÈZE (S.)
	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
Clinique médicale	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	HAGUENEAU (J.) <i>pr. s. ch</i>	Clin. pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	CONTE (M.)	Clinique urologique . . .	KLUSS (R.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAË (J.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Biochimie médicale	ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de mon affection et de ma
gratitude pour tous ses sacrifices.*

A MA FEMME

*Qui par son amour et sa compréhension,
m'a aidé à mener à bien mes études.*

A MES ENFANTS

DJAMIL - MOUNIR - LAILA

*Qu'ils trouvent ici l'expression de mon
immense tendresse.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

Avec toute mon affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOULONGUET

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Salpêtrière

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En souvenir d'immenses services rendus, nous lui exprimons notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. SUIRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Associé National de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a inspiré et dirigé cette thèse.

Nous lui sommes profondément reconnaissant du bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé, ainsi que de son remarquable enseignement dont il nous fit profiter.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude la plus vive.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. TRIVAS

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a accueilli dans son service.

*En témoignage de notre gratitude et avec
nos remerciements.*

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL DE NIORT

MONSIEUR LE DOCTEUR BURGUET

MONSIEUR LE DOCTEUR HENNIN

MONSIEUR LE DOCTEUR DE LIGNIÈRES

MONSIEUR LE DOCTEUR LAFFITTE

MONSIEUR LE DOCTEUR MENNTEAU

INTRODUCTION

Nous présentons l'observation d'un lipome sous-muqueux cæcal recueillie par le Docteur Pierre SUIRE, à Niort.

Il s'agit d'une lésion rare, dont la bénignité peut être prévue radiologiquement, ce qui fut notre cas, et dont parfois on pourrait déjà affirmer la nature exacte.

Une exérèse limitée suffit à faire disparaître les troubles cliniques, parfois très intenses, comme chez notre malade.

A propos de cette observation, nous rappellerons les caractéristiques essentielles de cette lésion.

PLAN

- 1) Dans le cadre général des lipomes, nous marquons la place des lipomes du *cæcum*.
 - 2) Puis cliniquement et radiologiquement, nous esquissons la progression du diagnostic :
 - a) *Tumeur bénigne du cæcum.*
 - b) *Lipome du cæcum et côlon ascendant.*
 - 3) Nous exposons notre observation.
 - 4) Nous en rapprocherons quelques observations publiées en France en ces vingt dernières années.
 - 5) Enfin, nous citons les lipomes du grêle, car ils siègent souvent au voisinage de la valvule de Bauhin, de même que la majorité des lipomes du côlon.
-

HISTORIQUE

Connus depuis fort longtemps, les lipomes du cæcum, comme ceux du côlon en général, sont cités pour la première fois par BAUER, en 1757, et plus tard par CRUVEILHIER, en 1856.

La première revue d'ensemble est due à STETTEN (1909) qui, sur 72 lipomes gastro-intestinaux, dénombre 32 localisations coliques. Plus près de nous, P. et A. DEROCQUE (1924), CONFORT (1931), POSTON (1931), PEMBERTON et McCORMACK (1937), CLAGETT (1939) leur consacrent des études détaillées.

Parmi les travaux récents, nous mentionnerons en France ceux de BERGERET, MÉGRET et CHAMPEAU (1945), de DELANNOY (1945), de DUBOIS-ROQUEBERT et GORSSE (1952), dans les pays anglo-saxons ceux de PACK et BOOHER (1947), de LONG, DOCKERTY et WANGH (1949), de Ch. MAYO et GRIESS (1949), et de FONTAINE (1958).

CHAPITRE 1

LE LIPOME

DÉFINITION

Le lipome est une tumeur constituée par du tissu adipeux de nouvelle formation.

Il faut bien distinguer le lipome vrai des accumulations fibro-lipomateuses que l'on rencontre si souvent autour des organes chroniquement enflammés : le rein, le rectum, par exemple (GODARD, HARTMANN).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le lipome forme une tumeur en général bien circonscrite, encapsulée, facilement énucléable, toujours lobulée ; en effet, il est constitué de lobules séparés par des cloisons du tissu conjonctif lâche accompagnant les vaisseaux, de couleur jaune caractéristique. Le volume est très variable, en général de la grosseur du poing ; le lipome peut atteindre des dimensions énormes.

Habituellement unique, le lipome peut être multiple.

À côté du lipome circonscrit, le plus fréquent, il faut décrire le lipome diffus, sans limites précises ; la tumeur se confond avec le tissu cellulo-adipeux environnant.

SIEGE

Le plus habituel est le lipome du tissu cellulaire sous-cutané.

— Les lipomes inter-musculaires ne sont pas rares à la nuque, aux membres.

- Certains lipomes siègent même en plein muscle.
- Les lipomes du côlon peuvent prendre naissance soit au niveau de la sous-séreuse, soit au niveau de la sous-muqueuse.
- a) *Les lipomes sous-séreux* : ils représentent environ 10 % des lipomes coliques. Ils se développent habituellement aux dépens des franges épiploïques et sont le plus souvent pédiculés.
- b) *Les lipomes sous-muqueux* : ils représentent environ 90 % des lipomes coliques. Ils tirent leur origine dans le tissu conjonctif lâche de la sous-muqueuse et constituent des amorce fréquentes d'invagination.

STRUCTURE HISTOLOGIQUE DU LIPOME

Elle est très simple : c'est celle du tissu adipeux normal en général, cependant les cellules adipeuses sont plus volumineuses qu'à l'état normal (100 μ au lieu de 25 à 30 μ). Une grosse goutte de graisse remplit la cellule dont le noyau est refoulé à la périphérie et aplati ; les vaisseaux cheminent entre les lobules, dans les cloisons conjonctives, et leur structure est normale.

Le lipome peut contenir parfois une plus grande quantité de tissu conjonctif que normalement, on l'appelle alors fibro-lipome.

La calcification peut s'observer dans certains lipomes, la consistance de la tumeur devient pierreuse ; cette calcification résulte d'une nécrose préalable d'une partie de la tumeur.

PRONOSTIC

Toujours bénin, le lipome pur ne donne jamais de métastases ; la transformation maligne d'un lipome est rare. Le lipome ne peut entraîner des troubles graves que par son volume excessif ou son siège anatomique (lipome de la paroi intestinale).

CHAPITRE II

PROGRESSION DU DIAGNOSTIC

A. — TUMEURS BÉNIGNES DU CÆCUM

CLINIQUE

Les malades sont fréquemment amenés à consulter pour des troubles fonctionnels : tantôt ce sont des troubles du transit (constipation ou diarrhée très banales), plus rarement la survenue d'un *melæna* constitue le premier symptôme.

Les douleurs sont inconstantes. Quand elles surviennent, elles peuvent revêtir plusieurs types : tantôt pesanteur permanente, tantôt douleur profonde, rythmée dans une certaine mesure par les repas. Elles siègent habituellement dans la fosse iliaque droite ou l'hypogastre.

Il est exceptionnel que les tumeurs du cæcum soient révélées par une occlusion aiguë, par contre l'existence du *syndrome de Koenig* (fait de coliques douloureuses durant quelques instants, séparées par des intervalles de calme et se répétant pendant quelques heures, épisode dont la fin est marquée par une débâcle diarrhéique) évoque immédiatement l'idée d'un obstacle du carrefour inférieur.

C'est à l'examen que l'on découvre, dans la fosse iliaque droite, la tumeur. Elle a parfois atteint un volume suffisant pour qu'en l'absence de tout signe fonctionnel le malade l'ait remarquée.

À l'examen, il faut s'attacher par une palpation soigneuse, facile en général puisque la tumeur est sous la paroi, à préciser ses limites qui sont habituellement nettes en dehors et en bas, où le toucher rectal ou vaginal précisera. Elles sont plus floues en haut et en dedans.

Il faut en apprécier la mobilité dans le sens vertical et dans le sens transversal, explorer sa sensibilité.

B. — LIPOME DU CÆCUM ET DU COLON ASCENDANT

RARETES

Les lipomes du cæcum sont rares. Si on les compare à la fréquence du cancer, ils ne constituent cependant pas une exception et se rangent immédiatement après les adénomes.

Sur 154 tumeurs bénignes, on enregistre :

- 139 adénomes ;
- 13 lipomes ;
- 1 carcinoïde ;
- 1 léiomyome.

C'est ainsi que STETTEN, en 1909, relevait 32 lipomes du côlon sur un total de 72 lipomes gastro-intestinaux.

En 1937, PEMBERTON et McCORMACK en dénombraient 97.

En 1939, leur nombre atteignait 121 (SCHOTTENFELD).

LONG et ses collaborateurs, relevant tous les cas de la Mayo Clinic de 1896 à 1945, ont retrouvé : 33 lipomes du côlon sur 12.000 laparotomies.

En 1947, PACK et BOOHER ont retrouvé dans la littérature : 153 cas de lipomes coliques.

En 1949, MAYO et GRIESS en rapportaient 19 cas supplémentaires.

LOCALISATION CÆCALE ET COLIQUE

Cinquante pour cent des lipomes sont découverts au niveau du cæcum et du côlon ascendant.

Dans la statistique de PEMBERTON et McCORMACK, la répartition des lipomes s'établit comme suit :

- côlon droit : 50 ;
- côlon transverse : 15 ;
- côlon gauche et rectum : 37.

Sur les 19 lipomes coliques étudiés par Ch. MAYO et GRIESS, on relève 13 localisations au niveau du côlon droit, dont 6 au cæcum.

QUELLE EST LA FREQUENCE DE L'INVAGINATION PAR LIPOME COLIQUE ?

L'invagination se produit dans 50 % des cas environ :

- sur 72 lipomes relevés par les DEROCQUE, 47 s'accompagnaient d'invagination ;
- PASTON, sur 213 cas, note 93 invaginations, soit 44 % ;
- sur 15 invaginations de l'adulte, BROWN et MICHELS trouvent 5 lipomes du côlon ;
- BERGERET et collaborateurs arrivent à 7 tumeurs bénignes dont 4 lipomes du cæcum sur un total de 12 invaginations.

En notre observation, il y avait une invagination chronique cæco-colique avec image radiologique en « pince de homard ».

LES SIGNES CLINIQUES

Ils sont variables :

- Crise de subocclusion.
- Alternative de diarrhée et de constipation. La survenue de phénomènes d'ulcération, nécrose, infection, peut modifier le contexte clinique. Parfois, on perçoit nettement la tumeur dans la fosse iliaque droite, comme en notre observation.

La durée de la symptomatologie est en général de quarante jours à un mois et demi, avec une répartition égale à peu près entre les deux sexes.

LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Il est difficile au point de vue de la spécification de l'image, sauf dans les cas où la « transparence » augmentée du tissu graisseux constitue un symptôme objectif. Certains auteurs estiment que ce symptôme ne peut être mis en évidence de façon régulière et qu'il est difficile de le retenir comme « un signe de routine ».

Ils ont d'ailleurs vérifié leurs constatations par des tests sur des échantillons contenant de l'eau d'une part, et du tissu graisseux d'autre part.

Les clichés en insufflation apportent parfois des arguments de suspicion en ce qui concerne la composition du lipome, en révélant une radio-transparence voisine de celle de l'air.

En dehors de la radio-transparence, il faut retenir :

- le type : intra-mural et extra-muqueux ;
- la forme : lobulée ;
- la base : large ;
- les contours : fins et linéaires, sauf infection et ulcération ;
- le caractère déformable sous la compression lorsqu'elle peut être effectuée ;
- l'extension : le lipome n'intéresse pas la totalité de la circonférence du côlon.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il doit se poser avec :

- L'adénome dont les contours sont verruqueux, surtout sur les clichés avec compression.
- Le léiomyome : la différenciation en dehors du caractère déformable du lipome est pratiquement impossible ; on rencontre un léiomyome pour 13 lipomes.
- Le léiomyosarcome : qui offre des caractères presque indiscutables de malignité.
- Le carcinoïde : qui est rare sur le côlon.

L'invagination se rencontre 3 fois sur 10 pour le lipome et 7 fois sur 10 pour l'épithélioma.

Ces différents caractères radiologiques et le défaut de dégénérescence peuvent constituer une indication pour le chirurgien.

CHAPITRE III

OBSERVATION PERSONNELLE

Madame Ch..., soixante-trois ans, est entrée le 17 août 1959 pour un syndrome de coliques intestinales.

Début juin 1957 :

Début progressif par une douleur épigastrique plus ou moins intense, en ceinture. Cette douleur n'était pas périodique et n'était pas rythmée par les repas, survenant à n'importe quelle heure de la journée, disparaissant spontanément.

Une radiographie de l'estomac, à cette époque, fut négative.

Cette douleur s'accompagnait de léger ballonnement, d'aérophagie ; de plus, la malade était constipée et, sous l'influence de laxatifs, elle restait quinze jours à trois semaines sans souffrir.

Ces crises douloureuses durent un à deux jours, cèdent brusquement et spontanément, et se répètent à la fréquence d'une ou deux crises par mois, durant l'année 1957 et le début de 1958 (pendant quinze mois).

En septembre 1958 :

Les crises à type de coliques intestinales sont de plus en plus fréquentes (trois à quatre crises par mois) et durent trois à cinq jours ; ces crises douloureuses apparaissent en dehors des repas, sous forme de pincement, de sensation de pesanteur, et s'accompagnent de gargouillement de la fosse iliaque droite, de légère dilatation, d'émission de gaz importante et de constipation opiniâtre, ne cédant qu'aux laxatifs, au bout de quinze jours, et donnant des selles d'aspect et de couleur normaux.

L'état général de la malade est touché. On note une anorexie, appréhension du repas, asthénie et amaigrissement progressif, de 9 kg, pendant dix-huit mois.

En mars 1959 :

Les crises de coliques qui retentissent sur l'état général, deviennent de plus en plus fréquentes et durent huit à dix jours.

Cette malade fut considérée comme une personne nerveuse et traitée par plusieurs médecins pour des troubles neuro-végétatifs.

En août 1959 :

Ces crises, qui étaient intermittentes, deviennent continues, apparaissant après le repas ou quelquefois plus tard et obligeaient la malade à garder le lit ; de plus, elle présentait des quintes de toux de durée variable, de un quart d'heure à trois quarts d'heure.

Entrée le 17 août 1959 à l'hôpital de Niort :

A son entrée, la malade est fatiguée, amaigrie, mauvais état général. A l'examen, on trouve une masse du volume d'un poing d'adolescent dans la fosse iliaque droite ; cette masse est mobile, bien limitée et pas très dure. *Le lavement baryté* montre une image d'invagination du côlon droit en « pince de homard ». Il semble s'agir d'une tumeur bénigne.

Lavement baryté

Sous scopie : la progression du lavement baryté s'arrête au niveau de la partie moyenne du côlon ascendant et un cliché, à ce moment, montre une image d'arrêt en « pince de homard ». Cet aspect correspondant à une invagination cæco-colique.

Par la suite, le lavement franchit cet obstacle et les clichés après évacuation et insufflation mettent en évidence une tumeur volumineuse régulière dont la transparence est sensible à celle de l'air.

En somme, présence dans la lumière du côlon ascendant du cæcum, d'une tumeur volumineuse, vraisemblablement bénigne, mobile ou largement pédiculée, entraînant une gêne du transit et probablement des phénomènes d'invagination.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

La malade a été opérée le 21 août 1959 par le Docteur Pierre SUIRE.

Rachianesthésie, incision latérale droite : on ouvre le cæcum sur la bandelette antéro-interne ; découverte sous la muqueuse postérieure et externe d'une importante tumeur colique, développée aux dépens du cæcum, près de la valvule de Bauhin.

Elle est sous la muqueuse. Après l'incision de la muqueuse, elle apparaît sous forme d'un volumineux lipome.

Ablation de ce lipome. Il pèse 130 g. Fermeture de l'incision de la muqueuse, puis fermeture de l'incision du côlon droit dans un plan unique ne prenant pas la muqueuse : points séparés droits au fil de lin, selon le principe de bord à bord exprimé par ROBINEAU et réalisé suivant la méthode de JOURDAN.

En ce qui concerne le traitement, nous avons réalisé une énucléation simple du lipome. Nous rappelons à ce propos que GRINDA (Nice), R. FONTAINE (Strasbourg) et DELANNOY (Lille) ont pratiqué une hémicôlectomie droite. Cette attitude, généralement adoptée par la plupart des auteurs, nous paraît exagérée.

BIOPSIE

1° Muqueuse intestinale : épithélium calciforme normal, lésions inflammatoires avec infiltration plasmocytaire de la muqueuse.

2° Congestion avec suffusions hémorragiques de la sous-muqueuse.

3° Présence à ce niveau du tissu adipeux.

— *Conclusions* : l'examen microscopique confirme le diagnostic : lipome de la paroi intestinale.

SUITES OPÉRATOIRES

Satisfaisantes. La malade a été vue le 5 octobre 1960 : les coliques ont disparu, elle a un bon appétit et mange de tout sans suivre aucun régime, dort bien, les quintes de toux ont également disparu.

Elle est beaucoup moins constipée : tout est rentré dans l'ordre.

Actuellement, en avril 1960 :

Huit mois après l'opération : Madame Ch... est en excellente santé, elle a repris son poids normal et ne souffre plus.

CHAPITRE IV

QUELQUES OBSERVATIONS PUBLIÉES EN FRANCE

- Une observation fut rapportée par M. F. DE GAUDART D'ALLAINES à l'*Académie de Chirurgie*, en octobre 1942 (*).

Voici le texte des mémoires :

“LIPOME SOUS-MUQUEUX DU COLON ASCENDANT”

M. J.-P. GRINDA nous a envoyé l'observation d'une malade de quarante-six ans chez laquelle il a pratiqué une hémicôlectomie droite en un seul temps pour un lipome. Cette observation est versée aux archives avec son iconographie sous le n° 297.

Le point intéressant est la radiographie qui montre, au milieu du côlon ascendant, une image intra-cavitaire parfaitement arrondie et dont le pédicule est situé sur le bord mésentérique. Ainsi, le diagnostic de tumeur bénigne a été supposé par l'auteur et confirmé au cours de l'intervention par les caractères anatomiques.

M. GRINDA nous apporte une contribution utile à l'histoire des tumeurs bénignes du côlon et leur aspect radiologique.

- Une observation fut rapportée par Emile DELANNOY (Lille), à la séance du 12 novembre 1945 de la *Société de Gastro-Entérologie de Paris* (**).

“INVAGINATION ILEO-CÆCO-COLIQUE LATENTE PAR LIPOME SOUS-MUQUEUX DU COLON ASCENDANT”

Voici l'observation :

Femme de quarante ans présentant des douleurs hypogastriques augmentées par la fatigue, la station debout prolongée.

(*) In *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, tome 68, p. 942.

(**) *Les Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, 1947, tome 36.

Brusquement, une crise douloureuse abdominale plus violente. Les douleurs hypogastriques et lombaires se sont généralisées à tout l'abdomen : elles sont continues avec des paroxysmes, elles s'irradient vers l'épigastre. En même temps, elle a de la difficulté à faire des gaz et son ventre se balonne. Elle prend un lavement : gaz nombreux et une selle diarrhéique avec quelques glaires sanguinolentes. Les jours suivants, état stationnaire : gaz et selle quotidienne liquide mais peu abondante. Un examen radioscopique aurait été négatif.

Température : 37°6. Pouls : 90.

A l'examen, nous trouvons un abdomen modérément ballonné où la palpation ne montre rien d'anormal en dehors d'une sensibilité plus vive dans la fosse iliaque gauche et la région hypogastrique.

Laparotomie médiane sous-ombilicale :

Nous découvrons alors à la partie moyenne du descendant, une invagination iléo-cæco-colique qui a entraîné la moitié droite de transverse, le côlon ascendant et quelques centimètres d'iléon.

La désinvagination se fait avec une extrême facilité et le cadre colique est rapidement déroulé. Nous trouvons alors en palpant à la partie moyenne du côlon ascendant et insérée sur la face postérieure une tumeur du volume d'un citron ovoïde, ferme, régulière et lisse qui semble obstruer complètement la lumière intestinale.

En dessous d'elle, le sac cæcal est considérablement dilaté « en battant de cloche », les parois en sont denses, infiltrées et épaisses. De plus, tout le côlon droit est muni d'un méso complet très long, de sorte qu'il est extrêmement mobile et qu'on peut l'extérioriser complètement par l'incision sous-ombilicale.

Pour ces diverses raisons :

- Ignorance de la nature bénigne ou maligne de la tumeur endo-colique.
- Infiltration œdémateuse des parois intestinales en face de la tumeur.
- Très grande mobilité du côlon droit qui doit permettre une résection facile et hors du ventre. Nous nous décidons pour une hémicôlectomie droite, dont les temps d'exérèse sont menés avec une extraordinaire simplicité.

La continuité de l'intestin est rétablie par une anastomose termino-latérale iléo-transverse.

L'abdomen est refermé sans drainage.

Guérison sans incident.

Examen de la pièce :

A 10 cm de la valvule *iléo-cæcale*, sur la face postérieure du côlon, est insérée une tumeur munie d'un pédicule de 2 cm d'épaisseur recouverte d'une muqueuse lisse et amincie avec des lésions congestives et érosives simples.

A la coupe : l'aspect est celui d'un *lipome sous-muqueux*, sans adhérence à la muqueuse ni à la musculieuse.

Examen histologique : lipome pur.

COMMENTAIRES

Dans cette observation, l'histoire clinique de l'invagination déjà discrète et uniquement fonctionnelle (état de subocclusion durant vingt-quatre heures, une seule selle muco-sanguinolente) était surclassée par les constatations objectives formelles du palper (absence de boudin).

Il est probable qu'il s'agissait d'une invagination récidivante en raison de l'état du cæcum en amont de la tumeur, bien que dans les antécédents nous n'ayons relevé ni hémorragie, ni émission de glaire, ni crise colique, ni diarrhée, en un mot rien qui évoque un accident intestinal.

Cette observation diffère de la nôtre par les points suivants :

- 1° Signes cliniques récents.
- 2° Invagination très prononcée.
- 3° Hémicôlectomie droite.

- Trois observations de lipome du cæcum avec invagination iléo-cæco-colique furent rapportées par R. FONTAINE (*).

A) M. W..., âgé de soixante et un ans, présentant un syndrome douloureux abdominal depuis six mois environ, le malade accuse une légère constipation. Trois semaines avant son admission à la clinique chirurgicale, sont apparues des douleurs abdominales diffuses, à type de crampe, débutant dans la fosse iliaque droite, irradiant vers la région lombaire. Par ailleurs, le malade ressent par intermittence une impression de masse se déplaçant dans son ventre.

Les douleurs sont devenues continues, avec des paroxysmes, les gaz sont rares, les selles fétides, l'amaigrissement est rapide.

L'examen de l'abdomen :

Il révèle un ballonnement et une matité de la fosse iliaque droite. Pas de défense ni d'ondes péristaltiques.

Le lavement baryté :

Il donne un arrêt du passage de la bouillie au niveau du transverse dont la partie droite est irrégulière. En augmentant la pression du lavement, on finit par remplir le côlon droit, mais le cæcum reste irrégulier avec image lacunaire.

— *En conclusion :* invagination iléo-cæco-colique ayant progressé jusqu'à la partie moyenne du transverse. Cancer probable du cæcum ? L'intervention est pratiquée en deux temps.

(*) In *Lyon Chirurgial*, novembre 1958, tome 54, n° 6.

L'examen anatomo-pathologique :

Il s'agissait d'un lipome sous-muqueux du cæcum s'insérant sur la valvule de Bauhin. Ce lipome avait provoqué une invagination iléo-cæco-colique.

B) M. G..., âgé de soixante-quatre ans, se plaint depuis un an de douleurs à l'effort de la fosse iliaque droite avec sensation de tumeur. En même temps, il accuse une constipation progressive, une diminution de l'appétit ainsi qu'un amaigrissement marqué.

Depuis trois mois, les douleurs prennent le type de crampes, débutant dans la fosse iliaque droite, irradiant le long du cadre colique : alternatives de constipation et de diarrhée. Depuis un mois, du sang rouge apparaît dans les selles.

A l'examen :

On note la présence d'une masse dure, de la taille d'une orange, dans la fosse iliaque droite.

Lavement baryté :

Il révèle une forte dilatation du cadre colique, la bouillie barytée marque un temps d'arrêt au niveau de la partie droite du transverse avec image lacunaire. Le diagnostic de cancer du cæcum invaginé dans le côlon transverse est posé. A l'intervention, on découvre une invagination iléo-cæco-colique et une tumeur de la taille d'un pamplemousse au niveau du fond cæcal ; pas de métastases.

Examen histologique :

Il s'agit d'un lipome pédiculé sous-muqueux. Il n'y a aucun signe de malignité.

C) Mme K..., âgée de quarante-deux ans, présentant depuis quinze jours des douleurs abdominales diffuses, calmées par décubitus, avec subocclusion.

A l'examen :

L'abdomen est ballonné dans son ensemble, mais on est frappé par une voussure nette de la fosse iliaque gauche à l'inspection ; la palpation découvre dans la fosse iliaque gauche, une masse volumineuse aux contours irréguliers, donnant le contact lombaire.

Au lavement baryté :

— Pas de lésions organiques du côlon gauche.

— Fortes déformations du cæcum.

L'intervention pratiquée permet de découvrir une tumeur de la taille d'un œuf de poule, située au niveau du cæcum. Cette tumeur est bien mobile. A l'ouverture de la pièce, il s'agit d'une tumeur ovoïde de 7 cm de diamètre, sous-muqueuse.

Histologiquement :

Il s'agit d'un lipome sous-muqueux développé en regard de la valvule de Bauhin, sur le bord externe du cæcum.

Pas de signes histologiques de malignité.

— *En conclusion :* lipome sous-muqueux avec invagination iléo-cæco-colique.

COMMENTAIRES

Ces trois observations comportaient une invagination iléo-cæcolique avec présence de sang dans les selles. Chez ces trois malades, on palpaît une masse abdominale, deux fois dans la fosse iliaque droite, une fois dans la fosse iliaque gauche ; le boudin d'invagination ayant progressé très loin vers le côlon descendant, avait quelque peu fait égarer le diagnostic. En ce qui concerne le traitement, l'auteur a pratiqué une hémicôlectomie droite dans ces trois cas.

En notre observations, nous avons réalisé une exérèse¹ simple, pourtant notre lipome était sessile.

CHAPITRE V

DES LIPOMES DU CÆCUM, NOUS RAPPROCHONS CEUX DU GRÊLE CAR LEUR SIÈGE EST SOUVENT PRÈS DE LA VALVULE DE BAUHIN

Les lipomes du grêle sont exceptionnels.

COMFORT en a trouvé dans la littérature mondiale 34 cas de localisation iléale, et 11 cas de localisation jéjunale.

A la Mayo Clinic, sur 44.654 interventions abdominales, il n'a été rencontré que 6 lipomes du grêle.

Ils siègent en général au tout début du jéjunum ou au voisinage de la valvule de Bauhin ; leur volume, là encore, est variable, la muqueuse intestinale est souvent amincie ou même ulcérée à leur niveau ; ils s'accompagnent en général d'autres lipomes développés aux dépens du mésentère.

Cet amincissement de la muqueuse peut même se transformer en une véritable ulcération qui peut entraîner des hémorragies quelquefois importantes.

CONCLUSIONS

I. — Nous rapportons une observation de lipome sous-muqueux cæcal recueillie par le Docteur Pierre SUIRE.

II. — Le diagnostic clinique de tumeur bénigne fut posé.

III. — Les signes d'invagination chronique dominaient et fatiguaient la malade âgée de soixante-trois ans.

IV. — Une masse mobile bien limitée, de la fosse iliaque droite, fut perçue.

V. — Le lavement baryté montre une image d'arrêt en « pince de homard ». Cet aspect correspond à une invagination cæco-colique ; ce lavement met en évidence une tumeur volumineuse régulière dont la transparence augmentée devient semblable à celle de l'air.

VI. — L'énucléation du lipome entraîne la guérison, et pourtant le lipome était sessile.

L'hémicôlectomie nous paraît exagérée.

VII. — Nous rappelons, à propos de cette observation, les caractères spéciaux de cette lésion rare et bénigne.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MOULONGUET

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- AUGUSTE (C.), DELANNOY (E.) et GUIOT (Y.). — Lipome du côlon transverse. (*Arch. App. Dig.*, 1953, 42 : 1330-1332.)
- BACON (H.E.) et LAURENS (J.). — Lipoma of large bowel simulating carcinoma. (*J. Intern. Coll. Surgeon*, 1951, 15 : 136-142.)
- BASTIAN (H.). — Zur lipomatose des dickdarms. (*Fortschr. Geb. Röntgenstrahlen*, 1952, 76 : 377.)
- BIGELOW (B.R.) et ANLYAN (A.J.). — Submucous lipomas. (*Arch. Surg.*, 1949, 59 : 114-128.)
- BROWN (C.H.) et MICHELS (A.G.). — Intussusception in adults. Report of 15 cases. (*Surgery*, 1952, 31 : 538-554.)
- CAVANAUGH (H.N.). — Submucous lipoma of large bowel, case report with review of literature. (*Am. J. Surg.*, 1950, 80 : 860-864.)
- CLAGETT (O.T.). — Lipoma of the cæcum. (*Proc. Staff. Mect. Mayo Clinic*, 1939, 14 : 505-512.)
- COMFORT (M.W.). — Submucous lipomata of the gastro-intestinal tract. (*Surg., Gyn., Obst.*, 1931, 52 : 101-118.)
- DELANNOY (E.). — Invagination iléo-cæco-colique latente par lipome sous-muqueux du côlon ascendant. (*Arch. App. Dig.*, 1945, 34 : 329.)
- DEROCQUE (P.) et DEROQUE (A.). — Les lipomes sous-muqueux de l'intestin. (*J. Chir.*, 1924, 24 : 161-172.)
- DUBARRY (J.J.) et MARZET (A.). — Invagination côlo-colique mobile de l'adulte par lipome sous-muqueux du transverse. (*Arch. App. Dig.*, 1953, 42 : 1157-1158.)
- DUBOIS-ROQUEBERT (H.) et GORSSE (P.). — A propos de deux observations de lipomes du côlon. (*Sem. des Hôp.*, 1952, 28 : 3811-3815.)
- FONTAINE (R.). — Trois observations de lipomes du cæcum avec invagination iléo-cæco-colique. (*Lyon Chirurgie*, t. 54, n° 6.)
- GOLDEN (R.). — Diagnostic roentgenology. (Baltimore, William et Wilkin éd., 1956.)

- GRINDA (J.P.) (de Nice). — Lipome sous-muqueux du côlon. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. 68, p. 942.)
- HENDERSON (R.P.), HARRIS (E.J.), PACKER (J.M.). — Les lipomes du côlon. (*Am. J. Roentgenol.*, mai 1958, 79, n° 5, 843-849.)
- LONG (G.C.) et DOCKERTY (M.B.), WAUGH (J.M.). — Lipoma of the colon. (*Surg. Clin. North America Mayo Clinic*, 1949, 1233-1243.)
- MAYO (C.W.) et GRIESS (D.F.). — Submucous lipoma of the colon. (*Surg., Gyn., Obst.*, 1949, 88 : 309-316.)
- PACK (G.T.) et BOOHER (R.J.). — Intussuscepting submucous lipoma of right colon. (*Surg., Gyn., Obst. Clin. North America*, 1947, 27 : 361-372.)
- PEMBERTON (J.) et McCORMACK (C.J.). — Submucous lipoma of colon and rectum. (*Am. J. Surg.*, 1937, 37 : 205-218.)
- POSTON (R.I.). — Acute enteric intussusception in an adult caused by lipoma with a survey of the literature. (*Brit. J. Surg.*, 1934, 22 : 108-112.)
- SCHMID (E.). — Submucous lipom des sigma mit invagination schwierigkeiten den diagnostik. (*Zentralblatt f. Chir.*, 1957, 82 : 534-537.)
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
PLAN	14
HISTORIQUE	15
Chapitre I. — LE LIPOME	16
— <i>Définition</i>	16
— <i>Anatomie pathologique</i>	16
— <i>Pronostic</i>	17
Chapitre II. — PROGRESSION DU DIAGNOSTIC	18
— <i>Tumeurs bénignes du cæcum</i>	18
— <i>Lipome du cæcum et du côlon ascendant</i>	19
Chapitre III. — OBSERVATION PERSONNELLE	22
Chapitre IV. — QUELQUES OBSERVATIONS PUBLIÉES EN FRANCE	25
Chapitre V. — DES LIPOMES DU CÆCUM, NOUS RAPPROCHONS CEUX DU GRÊLE CAR LEUR SIÈGE EST SOUVENT PRÈS DE LA VALVULE DE BAUHIN	30
CONCLUSIONS	31
BIBLIOGRAPHIE	33

